FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° 21

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Avril 1906, à 1 heure

Par M. JULES BOISSEAU

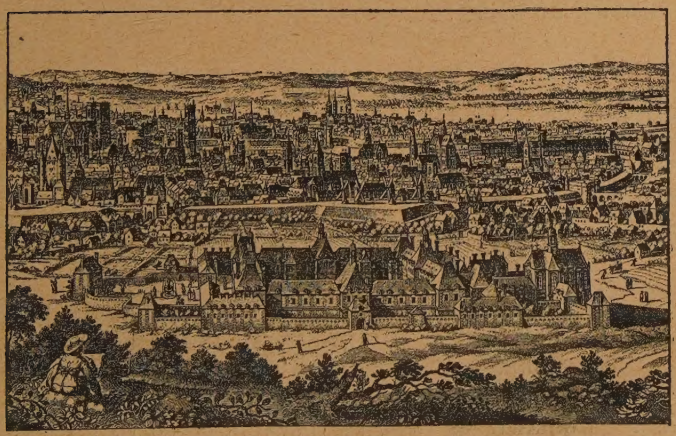
Né à Angers, le 3 juin 1877

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Saint-Louis
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Lauréat de l'Ecole de médecine d'Angers (Histologie et Bactériologie).

TRAITEMENT LOCAL DES GOMMES SYPHILITIQUES

PAR LES

INJECTIONS D'IODURE DE POTASSIUM



L'HOSPITAL SAINT LOVIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, *Professeur.*

Juges : MM. RETTERER, CLAUDE, MACAIGNE, *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : BERTON.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GAUCHER

Hommage de profonde et respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES D'INTERNAT

Que je tiens à remercier très respectueusement ici des marques d'intérêt qu'ils m'ont témoignées pendant le temps que j'ai passé auprès d'eux.

M. le Docteur QUEYRAT (1902-1903).

M. le Docteur BABINSKI (1903-1904).

M. le Docteur BROCQ (1904-1905).

M. le Doctepr THIBIERGE (1905).

M. le Professeur GAUCHER (1905-1906).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

M. le Professeur agrégé MONOD (1898).

M. le Professeur agrégé LETULLE (1899).

M. le Docteur CUFFER (1900) (*In memoriam*).

Internat provisoire

M. le Docteur DU CASTEL (1901) (*In memoriam*).

M. le Docteur BARBIER (1901).

M. le Docteur LAMY (1901).

A MM. les Docteurs DARIER, ARROU, RÉNON, BROUARDEL, LENGLET, CHASTENET DE GÉRY, ROUSSY.

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

MM. les Docteurs BAHUAUD, CHARIER, JAGOT, LEGLUDIC, MAREAU, MONPROFIT, TESSON, THIBAULT.

INTRODUCTION

Les procédés de traitement que nous possédons aujourd'hui pour guérir la syphilis et ses diverses manifestations sont si nombreux et — on peut le dire au meins pour certains d'entre eux — si efficaces dans la majorité des cas, qu'il semble bien inutile d'en proposer de nouveaux. Nous pensons donc, en commençant cette étude, que le sujet peut de prime abord causer un certain étonnement et nous voulons dès maintenant présenter quelques remarques justificatives.

Tout d'abord on peut dire d'une manière générale que la variabilité des modes individuels de réaction vis-à-vis des agents thérapeutiques vraiment actifs a pour conséquence et explique dans une certaine mesure la multiplication de ces agents ou souvent des techniques qui en représentent le mode d'emploi. Plus particulièrement dans l'ordre de faits qui nous occupent, la susceptibilité de certains malades à l'égard du mercure et de l'iodure est bien connue et telle qu'ils ne sauraient supporter l'introduction de ces médicaments dans leur organisme à peu près sous aucune des formes classiques.

Pendant les années d'internat que nous avons passées à Cochin-Annexe, Broca et Saint-Louis, nous avons assez fréquemment rencontré de tels malades, dont la susceptibilité était d'ailleurs tantôt le fait d'une simple idiosyncrasie, tantôt le fait d'une intolérance acquise grâce à des tares viscérales, celles du rein en particulier.

Comment traiter en pareil cas les accidents syphilitiques? Ils peuvent l'être, croyons-nous, d'une manière avantageuse par le procédé que nous préconisons.

Mais il y a mieux à dire peut-être, sur la raison d'être de ce procédé. Le Prof[r] Bouchard, au Congrès du Caire, a montré que sans doute « dans les maladies locales comme aussi dans les maladies générales qui se localisent, si une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui en est atteint, qu'on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté les médicaments qui se montrent efficaces quand on les répand dans toute l'économie ». Il a exposé magistralement les avantages que présente théoriquement et pratiquement aussi la thérapeutique locale, méthode ancienne, mais dont la médecine moderne commence à comprendre le mode d'action et dont elle augmente et précise les indications éventuelles.

C'est à M. Labadie-Lagrave que revient le mérite d'avoir appliqué cette méthode au traitement des accidents tertiaires de la syphilis. Les guérisons remarquables qu'il obtint nous engagèrent à essayer ce procédé thérapeutique qui nous a donné également d'excellents résultats.

Notre but n'est pas de changer quoi que ce soit aux données acquises sur le traitement de la syphilis. Le traitement mercuriel est et restera longtemps sans doute intangible. Mais il y a des malades intolérants à l'égard de l'iodure, il y a des localisations de la syphilis qui bénéficieront du procédé de traitement un peu particulier que nous nous sommes proposé d'étudier.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La syphilis est, parmi les maladies générales, une de celles qui, à l'heure actuelle, bénéficient dans la plus large mesure des divers modes d'application de la thérapeutique locale. Il eut été intéressant peut-être de faire ici l'histoire, d'ailleurs fort longue, de cette thérapeutique locale appliquée à la syphilis et surtout aux accidents cutanés dont nous nous occupons plus particulièrement. Mais nous avons craint que cela ne nous entraînât trop loin hors des limites que comporte notre travail. Nous ne nous occuperons donc, dans ce chapitre d'historique, que du traitement local des accidents cutanés par les injections d'iodure de potassium, après avoir rappelé toutefois en quelques mots l'histoire de l'iodure de potassium en tant que médicament anti-syphilitique.

L'emploi des iodures dans le traitement de la syphilis remonte au début du siècle précédent.

Biette, en 1821, employa le premier les iodiques et surtout l'iodure de mercure, contre la syphilis constitutionnelle et contre les syphilides.

Brera, Cullerier, Lugol, Eusèbe de Salle, y eurent recours avec succès dans les mêmes cas. On croyait à cette époque que l'iodure était efficace, pour la seule raison que la syphilis devait être entée sur un terrain scrofuleux.

En 1832, Wallace, de Dublin, expérimenta le premier l'iodure de potassium dans les accidents chroniques de la syphilis et publia des travaux sur ce sujet.

A la même époque, J.-J. Reynaud, de Toulon, prescrivit l'iodure dans les affections vénériennes qui persistaient après le traitement mercuriel.

L'emploi de l'iodure dans les périodes avancées de la syphilis se généralisa rapidement en Angleterre et en Allemagne. En France, on n'y avait recours que comme adjuvant du traitement mercuriel. On lui faisait jouer cependant un rôle assez important pour que Ricord ait pu écrire en 1846 « l'iode ne guérit plus les scrofules, il ne guérit plus que la vérole ».

Ricord fixe les règles que comportent les indications de ce médicament ; il montre que les iodures sont surtout utiles dans les périodes avancées de la syphilis et que, dans la période secondaire, ils doivent être associés au mercure.

« Depuis lors, dit le Prof[r] Fournier, l'iodure est resté dans la thérapeutique de la syphilis et il y est resté à l'état d'agent incontesté. Plus heureux, cent fois plus heureux que le mercure, il n'a pas eu à connaître ces contradictions multiples, ces oppositions formidables, ces haines féroces qu'a subies ce dernier ».

Son emploi dans certains accidents oculaires (les iritis en particulier) a été discuté par quelques auteurs dans ces dernières années.

L'iodure, administré en règle générale par la voie buccale, plus rarement en lavement, a été employé quelquefois en injection hypodermique. Il ne s'agissait pas là d'un traitement local au sens où nous l'entendons

aujourd'hui, c'est-à-dire dirigé contre une manifestation locale de la maladie, mais d'un mode nouveau d'administration du médicament. Disons de suite que cette méthode n'eut guère de succès.

Lang fit en 1870 des injections hypodermiques d'iodure de potassium. Il se servit au début de solutions faibles (1 gr. 30 à 2 grammes pour 30 grammes d'eau) dont il injectait 1 à 2 cent. cubes. Puis, n'ayant pas obtenu de résultats, il fit des injections d'un centimètre cube et demi d'une solution à parties égales d'iodure et d'eau distillée (soit 0,70 à 0,75 centigr. d'iodure). Les injections étaient douloureuses et provoquaient parfois des abcès. Il n'obtint aucun effet curatif.

Ces injections furent employées également en Allemagne par Eulenburg et Thierfelder.

En France, M. Besnier se servit de cette méthode vers 1880 ; mais il l'utilisa aussi pour traiter localement des lésions spécifiques. Nous reviendrons plus loin sur les travaux de cet auteur.

Gilles de la Tourette, sur le conseil de Gougenheim, fit en 1882, des injections hypodermiques d'iodure de potassium pour « savoir si ce médicament, injecté sous la peau, était toléré et absorbé; si on pouvait, dans un volume restreint de véhicule, injecter une quantité d'iodure suffisante pour produire des effets curatifs satisfaisants ». Nous résumons rapidement les conclusions de cet auteur :

On peut injecter sous la peau un centimètre cube d'eau distillée, renfermant 0,50 centigr. d'iodure de potassium, sans danger de complications locales, à condition que la solution soit neutre, que les injections soient faites profondément et espacées les unes des autres.

L'iodure est rapidement résorbé.

L'auteur croit que le médicament agit très vite par cette voie, mais il n'ose l'affirmer à cause du petit nombre de ses observations. Il pense que cette méthode est particulièrement indiquée dans les cas de syphilis cérébrale avec accidents entraînant la perte de connaissance.

Szadeck, en 1886, employa les injections sous-cutanées d'une solution aqueuse d'iodure de potassium à 3 pour 10. Il constata des effets thérapeutiques concluant dans deux cas, mais ne se prononça pas sur la valeur de la méthode à cause de la rareté des cas observés.

Les résultats obtenus étaient donc peu encourageants et ceci explique que cette méthode n'ait pas pris plus d'extension. « Je ne vois, dit le Prof[r] Fournier, qu'un seul ordre de situations où ce procédé soit appelé à trouver place, à savoir les cas de syphilis cérébrale avec perte de connaissance et relâchement des sphincters. Impossible alors d'administrer l'iodure par la bouche (et encore resterait la ressource de la sonde œsophagienne) non plus que par le rectum. Reste seule la voie hypodermique qui, à défaut d'autres, peut être utilisée. »

L'histoire des injections d'iodure de potassium utilisées comme traitement local est courte. Il n'est fait nulle part mention de ce procédé avant 1882. C'est à cette époque que Besnier rapporte des cas de gommes syphilitiques traitées par des injections d'iodure au centre de la lésion, chez des malades qui ne pouvaient supporter le médicament administré par la voie buccale.

Radcliffe Crocker, dans son *Traité des maladies de la*

peau, écrit que « l'injection hypodermique d'un ou deux grains (7 à 14 centigrammes) d'iodure de potassium, en solution aqueuse diluée, au-dessous de la lésion, agit très rapidement mais se montre un peu douloureuse ».

Mais les auteurs précédents ne précisent pas la méthode et ne consignent pas en détail les résultats qu'ils ont obtenus, de telle sorte que ce moyen de traitement était resté pour ainsi dire méconnu.

M. Labadie-Lagrave reprit et perfectionna ce procédé et le rendit véritablement pratique. Il publia des observations d'abord au Congrès du Caire, dans le mémoire du Prof[r] Bouchard, puis en collaboration avec Rollin, à la Société médicale des Hôpitaux. Il insista sur la rapidité de la guérison dans les cas ainsi traités et montra tous les avantages de cette méthode.

Le principe qui règle la technique de ces injections, est — notons le tout de suite — de faire pénétrer dans la région malade la dose exactement *nécessaire* et surtout *suffisante* à l'action thérapeutique locale et d'éviter conséquemment la diffusion dans tout l'organisme d'un médicament qui n'est pas partout utile et qui, par sa toxicité relative, peut être dangereux aux doses où précisément il a une action générale.

Le Prof[r] Bouchard, par ses idées et ses travaux exposés au Congrès du Caire de 1902 et aussi à l'Académie des Sciences, a montré tous les avantages qu'on pouvait attendre de la médication locale. Ses recherches sur ce sujet l'ont amené, après qu'il eut traité avec un remarquable succès les arthrites du rhumatisme articulaire aigu par des injections de salicylate de soude, à employer les injections locales d'iodure de potassium

dans des cas de névrite chez des anciens syphilitiques et contre les douleurs fulgurantes du tabes.

Dans la discussion qui suivit la communication de MM. Labadie-Lagrave et Rollin à la Société médicale, M. Danlos réserva son opinion en s'aidant d'arguments qui ne sont pas indifférents, s'ils ne sont pas très démonstratifs, et que voici : Il déclara qu'il trouvait la méthode rationnelle et digne d'être essayée. Mais il rappela comparativement que le mercure ne semble pas avoir en injection locale une action heureuse sur les néoplasies spécifiques et que M. Fournier a même signalé des transformations gommeuses de noyaux consécutifs à des injections de peptone mercurielle. M. Danlos voit là une objection sérieuse à la méthode proposée, puisque le terrain non seulement n'aurait pas acquis l'immunité, du fait de l'injection, mais y aurait gagné au contraire une aptitude à la localisation spécifique.

Quoiqu'il en soit, nous espérons, au moyen des observations rapportées dans cette thèse, montrer que les injections locales d'iodure sont appelées à rendre les plus grands services dans certains cas que nous préciserons avec soin un peu plus loin et nous voulons terminer ce chapitre en citant l'opinion de M. Besnier et celle de MM. Labadie-Lagrave et Rollin sur la question.

« Il y a là, écrivait M. Besnier en 1882, une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique et à l'expérimentation, dont l'intérêt serait grand, même au point de vue pratique ».

« Jusqu'à présent, disent MM. Labadie-Lagrave et Rollin, la thérapeutique locale avait été surtout une thérapeutique purement fonctionnelle et symptomatique,

qui soulageait souvent mais était loin de guérir toujours. Le traitement des gommes syphilitiques par les injections locales d'iodure de potassium fera faire un grand pas à la méthode en lui conférant toutes les qualités d'une thérapeutique curative, par un agent spécifique dont l'action est limitée exclusivement au point malade ».

CHAPITRE II

INDICATIONS DE LA MÉDICATION LOCALE

La médication locale est employée depuis fort longtemps. Très rationnelle dans les affections locales, elle se conçoit moins bien, au premier abord, comme méthode de traitement des affections générales. Celles-ci, en effet, sont souvent dues à un agent microbien qui a diffusé plus ou moins dans l'organisme et qu'une médication purement locale ne semble pas pouvoir atteindre. Dans ces affections cependant, les agents microbiens ou leurs toxines n'attaquent-ils pas certains organes de préférence, ne se localisent-ils pas en certains points, *loci minoris resistentiæ*, pour y créer alors des lésions locales susceptibles d'être améliorées ou guéries par une thérapeutique locale, surtout si cette thérapeutique est spécifique.

On conçoit facilement qu'alors le médicament spécifique, appliqué *loco dolenti*, doive agir beaucoup plus efficacement et beaucoup plus sûrement. Ingéré en effet ou injecté, il ne peut être employé qu'à des doses beaucoup plus considérables et qui souvent ne sont pas sans altérer l'organisme. Pour prendre immédiatement un exemple, les 4, 5 ou 6 grammes de salicylate de soude qu'il est nécessaire de donner à un rhumatisant pour amener la diminution de ses fluxions articulaires causent souvent des troubles gastriques ou auriculaires ; or, ils

n'agissent pas mieux que les 5 ou 6 centigrammes injectés à la périphérie d'une articulation malade. Cette dose minime sera tout aussi efficace (peut-être plus comme le prouvent les observations de M. Bouchard) que la première et n'amènera aucune réaction organique fâcheuse.

Ce sont là des considérations importantes et applicables à un grand nombre de cas.

La médication locale peut donc être supérieure à la médication générale et non seulement elle pourra, mais elle devra être préférée à celle-ci dans les cas où son action propre suffit.

A côté de ces trois avantages : suppression des troubles généraux médicamenteux, utilisation complète du médicament, action certaine et directe sur les tissus altérés, elle présente encore l'avantage, corollaire des précédents, d'avoir une action plus rapide.

Nous devons dire enfin que l'une des médications n'exclut pas l'autre et dans les cas, nombreux certes, où la médication générale est indispensable, la médication locale peut lui être souvent associée utilement.

C'est ainsi que dans les affections générales à détermination cutanée comme la variole, l'eczéma, la tuberculose de la peau, les deux formes thérapeutiques ne peuvent être préférées l'une à l'autre et doivent être employées concurremment. Encore pourrait-on dire qu'ici la thérapeutique locale a une importance prédominante. N'est-ce point elle, en effet, qui amène surtout la guérison du lupus ou des gommes tuberculeuses ?

Mais nous avons hâte d'en arriver au rôle important qu'elle joue dans la guérison des accidents syphilitiques.

S'il faut ici mettre en première ligne le traitement général, mercuriel, qui seul guérit la syphilis, il est convenable, par contre, de donner à la médication locale la part qui lui revient dans le traitemeut et la guérison des accidents cutanés.

Elle a un effet heureux sur le chancre, sur les plaques muqueuses en accélérant leur évolution. Elle améliore singulièrement, sous forme d'injections sous-conjonctivales, les lésions oculaires, tous accidents que le traitement général guérit, cela est certain, mais moins vite s'il est seul employé. A plus forte raison doit-elle être efficace contre les gommes qui sont les manifestations d'une infection atténuée et s'individualisent en quelque sorte, dans certains cas, au point de revêtir les apparences d'une maladie purement locale. Et ici, le meilleur traitement local est bien sans conteste l'injection d'iodure de potassium, On sait quelle est la valeur de ce médicament employé selon la méthode ordinaire et qu'il ne le cède à aucun autre dans ces conditions, même pas au mercure dans la thérapeutique de la syphilis tertiaire.

Il était logique de penser qu'il ne perdrait rien de son action à être utilisé suivant les conseils et l'enseignement du professeur Bouchard et de M. Labadie-Lagrave, c'est-à-dire à être injecté localement et à petites doses. Les résultats acquis ont confirmé l'exactitude du raisonnement et les succès obtenus par MM. Labadie-Lagrave et Rollin, les observations démonstratives que nous rapportons sont des arguments définitifs en faveur du traitement local des gommes syphilitiques par les injections iodurées.

CHAPITRE III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT LOCAL PAR LES INJECTIONS D'IODURE

Les injections d'iodure ne reconnaissent pas toutes les indications de l'iodure de potassium. Il est bien évident qu'elles n'ont rien à voir avec le traitement des douleurs ostéocopes par exemple. M. Bouchard a essayé de traiter par ce procédé les douleurs fulgurantes du tabes et a obtenu « des améliorations et même des améliorations durables ». Il a également, au moyen de cette médication, fait disparaître, chez un malade, des signes de névrite et déterminé la cicatrisation d'une ulcération trophique relevant de celle-ci.

Nous laissons volontairement de côté tous ces cas pour ne nous occuper que des lésions cutanées qui sont, du reste, plus qu'aucune autre, justiciables de ce mode de traitement. Encore parmi celles-ci, n'envisagerons-nous surtout que les manifestations tertiaires contre lesquelles est plus particulièrement dirigée l'injection iodurée.

Traitons rapidement la question des *lésions secondaires*. On peut avec quelque vraisemblance admettre que certaines d'entre elles, comme les syphilides psoriasiformes, les syphilides ulcéreuses, les condylomes, etc., sont susceptibles d'être améliorées par cette méthode thérapeutique. Nous rapportons plus loin (Obs. IX) une obser-

vation de M. Bouchard à ce sujet. Mais si l'on tient compte de ce que nous avons dit de la médication locale, on comprendra que les indications en soient ici assez restreintes. Ce n'est guère que dans le cas où le traitement général ne peut être appliqué que les injections d'iodure pourront être utiles. Les lésions secondaires, en effet, relèvent d'une infection en pleine activité qui doit être traitée par une médication générale. En outre, elles sont ordinairement trop nombreuses pour que le traitement puisse être appliqué à chacune d'elles.

Les indications se résument donc dans ces cas à deux conditions : petit nombre des lésions, impossibilité d'appliquer le traitement général.

Dans les *syphilides ulcéreuses secondo-tertiaires*, au contraire, et surtout dans les *gommes ulcérées ou non*, les injections d'iodure sont pour ainsi dire toujours applicables, le plus souvent utiles, quelquefois nécessaires et ce sont ces indications qu'il s'agit maintenant de préciser.

Tout d'abord, *le nombre* toujours restreint de ces lésions plaide en faveur d'un traitement local.

L'*intolérance* du malade à l'égard de l'iodure de potassium est une indication fort intéressante de l'injection iodurée. Même à doses élevées, en effet, l'iodure de potassium en injection ne détermine pas d'iodisme. Lang, Gilles de la Tourette, Radcliffe Crocker, Besnier qui ont utilisé de cette manière l'iodure à haute dose, ne signalent pas d'intolérance, ni d'accidents d'iodisme. A plus forte raison les doses minimes que nous injectons sont-elles incapables de provoquer ces accidents. Nous savons bien que des doses faibles administrées par la

voie buccale provoquent quelquefois des signes d'iodisme chez des malades qui supportent bien les doses fortes, ce qui semblerait enlever de la valeur à l'argument que nous donnons plus haut. Mais les 25 centigrammes qui constituent la dose faible par ingestion sont une dose considérable comparée à celle que l'on injecte.

M. Bouchard, MM. Labadie-Lagrave et Rollin, M. Duclaux n'ont eu à constater aucun accident d'intoxication iodique. Nous n'en avons nous-même jamais observé.

L'iodure administré en injection hypodermique ne détermine pas d'accidents iodiques, même chez les malades qui présentent de l'intolérance à l'égard de ce médicament absorbé par la voie buccale.

On trouvera plus loin (Obs. IX) une observation de M. Bouchard se rapportant à ce sujet.

« J'ai pu même, dit M. Besnier, dans un cas d'intolérance de l'iodure de potassium, chez un malade à qui un demi-gramme d'iodure pris par la voie digestive produisait une urticaire extrêmement prurigineuse, j'ai pu, dis-je, injecter la même dose de médicament au centre des gommes syphilitiques sans donner lieu aux mêmes phénomènes ».

Ceci s'explique sans doute par ce fait que l'élimination ne se fait pas par les mêmes voies, mais surtout par le rein.

« Dans les conditions ordinaires d'intoxication iodique (acné iodique commune, par exemple), dit M. Besnier, on peut admettre que l'éruption est due à l'élimination par la peau du médicament absorbé et à l'irritation directe des points atteints ; mais dans les éruptions extraordinaires, le mode pathogénique n'est certainement

plus le même, et il ne s'agit plus que de phénomènes réfléchis, dont le point de départ réside dans l'action du médicament sur le système nerveux d'une région intermédiaire aux centres trophiques, très probablement des premières voies digestives. Je suis particulièrement disposé à proposer cette dernière interprétation, car il résulte de quelques-unes de mes observations ou de mes expériences commencées dans cette voie, que, chez ces mêmes sujets, le même médicament introduit par la voie hypodermique ne donne pas lieu aux mêmes accidents » (Besnier, *Annales de dermatol.*, 1882, p. 168).

En résumé, les injections locales d'iodure de potassium seront avantageusement utilisées soit seules, soit concurremment avec le traitement mercuriel dans les cas où l'absorption par la voie buccale sera impossible.

Il est des cas, plus rares il est vrai mais non exceptionnels, où les injections d'iodure doivent à elles seules remplacer le traitement hydrargyrique ou ioduré général que le malade ne peut ni l'un ni l'autre supporter. Cette éventualité fâcheuse peut être conditionnée de deux manières principales : ou bien la dentition est très mauvaise et le malade a de la stomatite dès les premiers jours du traitement ; ou bien les reins sont insuffisants.

Il est admis d'une façon générale qu'on ne doit user alors du traitement mercuriel qu'avec la plus grande réserve. Notre maître, M. le Prof[r] Gaucher, enseigne que lorsque le rapport azoturique (rapport de l'urée à l'azote total) est inférieur à 85 °/₀, il faut s'abstenir de traitement intensif. Il est également difficile, dans ces cas, de donner par la voie buccale des doses d'iodure suffisantes. On conçoit l'intérêt que peut présenter ici un traitement

local, spécifique, actif et aussi peu dangereux au point de vue de l'altération de l'organisme, que celui que nous présentons. Nous rapportons plus loin (Obs. III) un fait de ce genre.

Toutes les fois donc que le mercure sera contre-indiqué pour quelque raison que ce soit et qu'il existera une des lésions cutanées que nous avons signalées plus haut, on devra avoir recours au traitement local ioduré.

Le traitement local reconnaît encore une autre indication capitale. Il doit être essayé dans les cas de syphilis ou de gommes, rebelles au traitement général.

Le traitement local peut donner alors des résultats remarquables. Nous avons observé un cas de ce genre que nous relatons plus loin (Obs. I). Nous citons également (Obs. VII et VIII) deux observations publiées dans le mémoire de M. le Prof[r] Bouchard, dans lesquelles les malades furent guéris) après sept injections d'iodure dans un cas, trois dans l'autre) de gommes syphilitiques qui avaient résisté successivement au mercure et à l'iodure seuls ou associés. Ce point établit nettement l'efficacité de la méthode et son utilité.

Dans un autre ordre d'idées, le traitement local peut encore rendre de grands services. Si on est en présence d'une lésion dont la nature spécifique est douteuse, on peut, comme l'ont conseillé MM. Labadie-Lagrave et Rollin, se servir des injections locales comme traitement « pierre de touche ». Sans doute, le traitement mercuriel employé dans ces mêmes conditions ne présente en général aucun inconvénient. En pratique, cependant, on peut trouver des cas où son emploi est difficile, impossible même lorsqu'il existe une des contre-indications

que nous avons signalées. L'efficacité du traitement local suffit, lorsqu'une lésion n'est pas nettement modifiée par lui, à permettre de dire qu'elle n'est pas syphilitique. Nous avons eu l'occasion d'employer une fois les injections iodurées, à cette intention, chez une malade qui fut en traitement successivement dans les services de nos maîtres, M. Brocq et M. Thibierge, à l'hôpital Broca. Cette malade avait des gommes du pli du coude dont la nature tuberculeuse ou syphilitique ne pouvait être tranchée par les seuls caractères cliniques. La constatation d'une très légère tuberculose pulmonaire concomitante était compensée par la notion d'une syphilis antérieure. Pour trancher le diagnostic, on essaya le traitement local ioduré. Les gommes diminuèrent un peu pendant les quatre premiers jours, mais bientôt le traitement resta inactif ce qui permit de conclure en faveur de la tuberculose. L'évolution vint du reste ultérieurement confirmer le diagnostic, ces gommes s'ulcérèrent, laissèrent suinter un liquide séro-purulent et prirent nettement l'aspect bacillaire.

Ayant passé en revue les indications du traitement local ioduré, il nous faut étudier maintenant ses *contre-indications*.

Le *grand nombre* et la *dissémination* des lésions (nous avons d'ailleurs insisté déjà sur ce point à propos des lésions secondaires) constituent une contre-indication évidente à cette méthode. Il faudrait alors multiplier les injections à l'infini ; la méthode serait pratiquement inapplicable. On peut cependant penser qu'il y a avantage, même dans ces cas, à traiter localement les lésions les plus considérables tout en faisant le traitement géné-

ral. On ne peut que hâter de la sorte la guérison des accidents.

Le *siège* des lésions ne peut faire naître de contre-indications, étant bien entendu qu'il s'agit de gommes cutanées, car les lésions qui occupent la cavité buccale, en particulier les gommes du voile du palais, les gommes de la langue, ne nous semblent pas susceptibles d'être traitées par ce moyen, à cause de l'anatomie et de la structure même de ces régions. Il en est de même pour les gommes ou les syphilides ulcéreuses du gland. A ces exceptions près, on peut dire que toutes les lésions gommeuses ou ulcéreuses cutanées, en quelque point qu'elles siègent, peuvent être traitées par les injections locales d'iodure de potassium.

En terminant ce chapitre, qu'il n'est point besoin de résumer tant les indications et contre-indications nous paraissent simples à poser, nous voulons signaler un des avantages de la méthode, qui est sa rapidité d'action. Ceci s'explique sans doute par ce fait que les tissus malades reçoivent d'emblée et sous une forme qui en facilite singulièrement l'assimilation, le remède utile. Certaines de nos observations sont très caractéristiques à ce point de vue. Les malades que nous avons traités ont été guéris en un laps de temps variant de *dix-sept à trente jours. Le nombre des injections* nécessaires pour obtenir la guérison des lésions *a varié de cinq à onze.*

CHAPITRE IV

TECHNIQUE

La technique à employer est très simple puisqu'il s'agit en somme d'injection sous cutanée. On se servira donc d'une seringue de Luër de 2 cent. cubes et d'une aiguille en platine, longue de 2 cent. 1/2.

Après avoir aseptisé la peau qui avoisine la lésion, on enfonce l'aiguille à une certaine distance de celle-ci, dans la peau saine. L'injection peut être faite en pleine gomme ou au-dessous d'elle, dans la profondeur et c'est ainsi qu'agissaient MM. Besnier et Radcliffe Crocker. Il est préférable d'injecter le liquide en tissu sain comme le conseillent MM. Labadie-Lagrave et Rollin. On enfoncera donc l'aiguille à 3 ou 4 centimètres des bords de la lésion et on la poussera vers celle-ci de telle sorte que, une fois l'aiguille enfoncée complètement, sa pointe n'en soit plus distante que d'un à deux centimètres. On s'assure par aspiration à l'aide de la seringue vide que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau. Ceci fait, on aspire dans la seringue deux centimètres cubes de la solution d'iodure et on pousse doucement l'injection de façon à limiter autant que possible l'œdème et à ne pas traumatiser les tissus.

L'injection peut être faite tous les jours. Il est bon de ne pas la faire toujours au même point, de changer

chaque jour de place et de circonscrire ainsi la région à traiter. Il est presque toujours suffisant de faire une injection tous les deux jours. C'est ainsi que nous avons procédé dans la plupart de nos cas.

Occupons-nous maintenant de la *solution*.

La plupart des auteurs qui ont injecté de l'iodure employaient des solutions fortes, soit qu'ils voulussent, par la méthode des injections intra-musculaires ou hypodermiques, faire assimiler un médicament qui n'était pas toléré par la voie buccale, soit même, plus récemment, qu'ils aient désiré se placer dans les mêmes conditions que nous pour guérir localement une lésion.

MM. Labadie-Lagrave et Rollin, M. le Professeur Bouchard, ont au contraire, employé des solutions faibles à 3 °/₀ et on comprend qu'il doive en être ainsi puisque le principe est d'injecter une quantité de médicament minime, égale en somme à celle qui arriverait à la lésion si la substance active était absorbée par la voie digestive. Les six centigrammes d'iodure contenus dans les deux centimètres cubes injectés suffisent donc amplement. Il n'y aucun intérêt à augmenter la concentration de la solution, car le taux précédemment indiqué s'est toujours montré suffisant et on évite ainsi les inconvénients des solutions plus fortes qui sont douloureuses et qui risquent de produire des eschares.

Dans les cas où la dose ne semble pas assez forte, il suffit de faire deux injections de deux centimètres cubes.

La solution à 3 °/₀ est peu douloureuse. Elle produit cependant au moment où on l'injecte, une sensation de brûlure désagréable qui peut persister pendant dix minutes ou un quart d'heure. MM. Labadie-Lagrave et

Rollin conseillent, pour atténuer la réaction douloureuse, de chauffer le liquide au bain-marie. Ces auteurs ont en outre ajouté à la solution du chlorhydrate de codéine ou du biiodure de codéine.

Nous avons essayé nous-mêmes ces anesthésiques, mais la solution est instable et il se forme rapidement des précipités, ce qui n'a rien de surprenant, puisque l'iodure de potassium est le réactif par excellence des alcaloïdes.

Nous n'avons pas été plus heureux avec la subcutine de Midy. La solution était également instable.

M. Duret, interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, a bien voulu nous faire une solution aqueuse d'iodure de potassium additionnée de gaïacoloïd qui a le grand avantage d'être presque complètement indolore. M. Duret prépare le gaïacoloïd de la façon suivante :

Le camphre et le gaïacol mis en contact à la température ordinaire, se liquéfient en formant une combinaison moléculaire très instable. Ce liquide solidifié par le froid, donne des cristallisations dans lesquelles les composants se trouvent en quantité proportionnelle à leurs poids moléculaires.

Le corps ainsi obtenu a une densité supérieure à celle de l'eau. Il se dissocie à l'air, à la température ordinaire. Il est soluble dans les huiles fixes, les essences, l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, la benzine, le chloroforme. Il est peu soluble dans l'eau (2 %).

A l'air, de blanc il passe au jaune clair puis au jaune rose.

C'est un corps neutre antiseptique, doué de propriétés alnalgésiques remarquables.

La solution d'iodure se prépare de la façon suivante : on met du gaïacoloïd en excès dans l'eau. On agite à plusieurs reprises. On décante et on fait dissoudre à froid dans le liquide ainsi obtenu, la proportion d'iodure voulue (3 °/₀).

En présence des iodures, il se fait à la lumière une dissociation partielle entre les composants. Cette dissociation est, du reste, toujours très peu importante. La solution prend, à la lumière, une coloration légèrement vert-rosé; nous avons pu l'éviter en la gardant dans l'obscurité.

Grâce aux propriétés analgésiques du gaïacoloïd, les injections faites avec la solution ainsi préparée, ne sont pas douloureuses, tandis que les injections de solution aqueuse d'iodure le sont. La différence est très nette et nous avons pu le constater chez plusieurs de nos malades (Obs. III, IV, V et VI). Dans deux cas même, les injections ont été suivies de la disparition des douleurs spontanées qui existaient avant le traitement.

En prenant la précaution de faire l'injection en deux temps (la solution n'étant pas isotonique au sérum sanguin), en faisant les injections aseptiquement, nous n'avons observé ni induration, ni aucun autre accident local.

Nous allons décrire maintenant les faits que les auteurs qui se sont occupés des injections locales d'iodure et que nous-même avons observés. La lecture des observations permettra de se rendre compte de l'efficacité et de la rapidité d'action du traitement local et des services qu'il peut rendre quand on se trouve dans les conditions que nous avons mentionnées plus haut.

Observation I (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

Mme Béz..., 36 ans, est traitée à la policlinique de notre maître, M. le Prof[r] Gaucher, depuis le mois de mai 1902.

Elle a eu, à cette époque, un chancre vulvaire suivi d'accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses, laryngite).

Elle a été traitée régulièrement (pilules de Dupuytren, la malade ne pouvant venir chaque jour pour qu'on lui fasse des injections de benzoate).

A la fin de mai 1903, gomme du voile du palais, traitée par des injections de benzoate (2 centigr.) et 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Le 27 juin, la gomme est complètement cicatrisée. La malade recommence à prendre des pilules de Dupuytren.

Le *3 octobre* 1903, on constate à la région costale inférieure droite, une gomme ramollie du volume d'un petit œuf.

Traitement : injection de benzoate de mercure (2 centigr.) et 3 grammes d'iodure de potassium chaque jour.

10. — La gomme a légèrement diminué, traitement continué.

17. — Peu de modifications.

24. — Diminution à peine sensible. Traitement continué.

31. — La gomme n'est pas modifiée. On continue le traitement.

3 novembre. — On cesse le traitement.

9. — La gomme ne diminue pas bien que le traitement (benzoate et iodure) ait été continué pendant 30 jours sans interruption.

Elle présente les caractères suivants :

Saillie appréciable à la vue, siégeant au niveau des 7me et 8me côtes et espaces intercostaux, dirigée horizontalement. L'extrémité interne est à 2 travers de doigt de la crête des apophyses épineuses. La peau ne présente aucune altération.

Une zone d'infiltration périphérique rend difficile l'appréciation de ses limites. Elle est ovoïde, grosse comme un œuf, large de 7 cent. 5, haute de 6 centimètres. Le centre est ramolli.

11. — Injection de 2 centimètres cubes d'une solution d'iodure de potassium à 3 % sans gaïacoloïd. Au moment de la pénétration

du liquide, sensation de brûlure qui persiste pendant vingt minutes et est du reste très supportable.

12. — Deuxième injection de 2 cent. cubes.

13, *14.* — Troisième et quatrième injections de 2 cent. cubes.

16. — Cinquième injection de 2 cent. cubes. La gomme commence à diminuer ; elle est moins saillante, ses limites sont plus nettes.

17. — Sixième injection de 2 cent. cubes. La gomme a diminué d'un centimètre dans toutes ses dimensions.

18, *19.* — Septième et huitième injections de 2 cent. cubes.

20. — Neuvième injection de 2 cent. cubes.

La gomme ne fait plus qu'une saillie à peine appréciable à la vue. Elle ne mesure plus que 4 cent. de haut sur 3 de large.

3 décembre. — Pour une raison indépendante de notre volonté, nous n'avons pu voir la malade du 20 novembre au 3 décembre. Actuellement elle ne mesure plus que 4 centimètres de large et 2 cent. 5 de haut. Elle ne fait pas de saillie appréciable à la vue. Pas de traitement.

10. — La gomme a encore diminué ; elle est à peine grosse comme une noisette.

En résumé : Gomme du volume d'un œuf, ayant résisté à 30 jours de traitement mixte, diminue en un mois, après 9 injections de 2 cent. cubes de solution d'iodure à 3 °/₀ et n'a plus au bout de ce temps que le volume d'une noisette.

Observation II (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

M. Des.. , Albert, 35 ans, garçon livreur, vient consulter à la policlinique de M. le Prof[r] Gaucher, pour des gommes de la jambe, le 31 décembre 1905.

Ce malade a eu la syphilis il y a 5 ans (chancre, plaques muqueuses, roséole), et a été traité pour cette affection, à l'hôpital Saint-Louis (salle Dévergie). Il a pris des pilules de proto-iodure

d'hydrargyre pendant 7 mois et de l'iodure pendant 2 ans 1/2. Le malade ne s'est pas traité depuis cette époque.

Actuellement : Sur le tiers moyen de la jambe gauche, existent trois gommes ulcérées qui ont débuté il y a trois mois :

La première située sur la face antéro-externe de la jambe est irrégulièrement arrondie, longue de 3 centimètres, large de 2. Les bords sont taillés à pic. Le fond est granuleux, la base infiltrée.

La deuxième, située en dedans de la précédente, est irrégulièrement ovalaire. Elle est large de 1 cent. 5 et haute de 4. Elle présente les mêmes caractères.

La troisième enfin est située au-dessus de la seconde ; elle est ovalaire, longue de 2 centimètres, large de 1 et a le même aspect que les 2 autres.

La peau de voisinage est rouge violacée.

Il y a un peu d'œdème de la jambe.

On fait le 31 décembre 1905, une injection de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure de potassium à 3 °/₀ (soit 6 centigr. d'iodure) à la périphérie des ulcérations.

2 janvier 1906. — Même traitement.

6. — Même traitement. Les ulcérations ont maintenant très bon aspect. Le fond bourgeonne bien et est de niveau avec les bords. La cicatrisation commence à se faire. L'ulcération externe est divisée en deux par une bande d'épiderme néoformé qui s'étend d'un bord à l'autre.

9. — Même traitement.

Les gommes ne suppurent plus ; la cicatrisation continue à se faire.

L'œdème a notablement diminué.

11. — Même traitement.

13. — Même traitement. La cicatrisation se fait très rapidement.

15. — La première ulcération (ulcération externe) est presque complètement cicatrisée.

La deuxième ulcération (inférieure droite) est cicatrisée au centre. Il ne reste plus qu'un point inférieur et un point supérieur ulcérés très superficiellement.

La troisième ulcération est également en voie de cicatrisation. Même traitement.

17. — La cicatrisation est complète. On cesse le traitement.

En résumé : trois gommes, l'une de 3 cent. sur 2, l'autre de 1 cent. 5 sur 4, la troisième de 2 cent. sur 1, évoluant depuis 3 mois, sont guéries en 17 jours après 7 injections de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure à 3 °/₀. -

Observation III (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

M. Mau. . ., 33 ans, briqueteur, entre dans le service de M. le Prof[r] Gaucher, salle Saint-Louis, le 9 décembre 1905.

Syphilis (chancre, plaques muqueuses) il y a 12 ans, diagnostiquée à Ricord. Le malade ne s'est pas traité et n'a eu aucun accident depuis.

Il y a 2 ans, le malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu et un an après, un pneumothorax droit guéri au bout de deux mois. Depuis cette époque, le malade tousse.

Il entre dans le service pour une gomme ulcérée de la jambe gauche siégeant sur le tiers inférieur de la face externe. Cette gomme a débuté, il y a un mois, par une nodosité qui s'est ulcérée et a rapidement grandi. L'ulcération est actuellement arrondie ; les bords sont taillés à pic, épais de six millimètres. Le fond est granuleux, rouge noirâtre, recouvert par une eschare superficielle. La peau de voisinage est violacée et infiltrée. La région est légèrement douloureuse.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on note, à droite les signes suivants : aplatissement et amaigrissement de la paroi thoracique ; matité dans toute la hauteur ; diminution considérable des vibrations ; expiration prolongée, très soufflante, à timbre amphorique.

A gauche : expiration prolongée ; râles ronflants et sibilants aux deux temps ; respiration supplémentaire.

La pointe du cœur est déviée à gauche : elle bat dans le 6e espace

à 5 centimètres en dehors du mamelon, à 14 centimètres de la ligne médiane.

Les urines contiennent 1 gr. 50 d'albumine. Les jambes sont œdématiées.

En raison du mauvais état général et surtout du mauvais fonctionnement du rein, on ne donne pas de traitement mercuriel.

22 décembre 1905. — Malgré le repos et les pansements, l'ulcération ne s'est pas modifiée. Le fond est détergé. Elle mesure 4 cent. de haut, sur 3 cent 3 de large.

On fait une injection de 2 cent. cubes de la solution d'iodure à 3 %.

L'injection n'est pas douloureuse.

23, *24* et *25*. — Même traitement.

26. — Cinquième injection de 2 cent. cubes. La gomme s'est beaucoup modifiée.

Elle bourgeonne bien, le fond est de niveau avec les bords ; elle ne mesure plus que 3 cent. 5 de haut sur 2 cent. 5 de large.

L'albumine a diminué (0 gr. 50 centigr.).

30. — On n'a pas fait d'injection depuis le 26 décembre. La cicatrisation continue.

12 janvier 1906. — Pas d'injection depuis le 26 décembre. La cicatrisation est beaucoup plus lente depuis 5 ou 6 jours. La gomme a bon aspect.

18. — La cicatrisation ne se faisant plus, on reprend le traitement. Injection de 2 cent. cubes d'une solution aqueuse (sans gaïacoloïd) d'iodure à 3 %. Sensation de brûlure qui a duré 10 minutes.

La gomme mesure 2 cent. 3 de haut sur 1 cent. 5 de large.

Plus d'albumine depuis 3 jours.

20. — Même traitement. (Solution d'iodure additionnée de gaïacoloïd : l'injection n'est pas douloureuse).

22. — Même traitement. La gomme mesure 2 centimètres sur 1 centimètre. La cicatrisation se fait bien.

24. — Même traitement. La cicatrisation continue.

26. — Même traitement. La gomme est presque complètement cicatrisée.

28. — La cicatrisation est complète.

En résumé : Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue : La dose minime d'iodure que nous avons injectée a permis dans ce cas de guérir une gomme sans aggraver le mauvais état général, et en particulier l'élimination rénale défectueuse qui contre-indiquait ici l'emploi du traitement mercuriel. L'albumine, loin d'augmenter, a disparu.

Cette observation prouve encore l'efficacité du traitement. Du 22 au 27 décembre on fait 5 injections ; la lésion s'améliore. Du 27 décembre au 18 janvier on cesse le traitement : la cicatrisation s'arrête. On reprend le traitement à cette époque et après 5 nouvelles injections l'ulcération est cicatrisée en 10 jours.

Observation IV (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

M. Pag..., 35 ans, garçon de cuisine, entre le 13 janvier 1906 dans le service de notre Maître, M. le Prof[r] Gaucher, pour des gommes ulcérées de la jambe.

Il a eu la syphilis il y a 7 ans et fut traité à cette époque par des pilules de proto-iodure, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pendant 6 mois.

Chancre mou du prépuce, au mois d'août dernier, avec bubon inguinal gauche suppuré, traité par un pharmacien.

Vers le *25 novembre*, le malade reçut un coup de pied sur la jambe et, quelques jours après, une plaie se forma en ce point. 8 jours plus tard, une seconde ulcération se forma un peu au-dessous de la première. Il fut traité à l'Hôtel-Dieu par des emplâtres de Vigo qui améliorèrent un peu les lésions.

A son entrée à l'hôpital, on constate sur le tiers moyen de la face interne de la jambe gauche, trois ulcérations étagées de haut en bas.

La supérieure a une forme irrégulièrement arrondie, avec un

prolongement supérieur et un prolongement inférieur. Elle est large de 2 centimètres, haute de trois. Les bords, violacés, ne sont pas saillants. Le fond est rouge, granuleux, de niveau avec les bords.

L'ulcération moyenne a les dimensions d'un gros pois et présente les mêmes caractères.

L'ulcération inférieure, la plus grande, a 7 centimètres de haut, sur 5 de large. Sa forme est irrégulière. Les bords sont taillés à pic et nettement policycliques. Le fond présente de petits bourgeons charnus.

La peau de voisinage présente une coloration rouge violacée. On ne voit pas de varices.

L'aspect des lésions, leur évolution, font faire le diagnostic de gommes spécifiques.

Le *16 janvier*, on fait une injection au voisinage de l'ulcération inférieure de 2 cent. cubes d'une solution aqueuse d'iodure à 3 °/°. Sensation de brûlure pendant 20 minutes.

17. — Injection de 2 cent. cubes d'une solution additionnée de gaïacoloïd dans le voisinage de la gomme supérieure. L'injection n'est pas douloureuse.

18. — L'ulcération supérieure bourgeonne bien. Son prolongement supérieur est séparé du reste de l'ulcération par un pont d'épiderme néoformée. Le prolongement inférieur est cicatrisé.

Les bords de la gomme inférieure sont beaucoup moins saillants. Le fond est plus rouge, plus bourgeonnant.

Quand le malade est entré à l'hôpital, les ulcérations étaient douloureuses spontanément et pendant la marche. Elles sont, actuellement, complètement indolores.

Injection de 2 cent. cubes de solution aqueuse d'iodure au voisinage de l'ulcération inférieure. L'injection est douloureuse pendant 20 minutes environ.

19. — Injection de 2 cent. cubes de solution additionnée de gaïacoloïd, près du bord externe de l'ulcération inférieure.

L'injection n'est pas douloureuse.

L'ulcération moyenne est cicatrisée.

20. — La cicatrisation se fait très rapidement. L'ulcération

moyenne est complètement guérie. L'ulcération supérieure n'a plus qu'un centimètre de large et 8 millimètres de haut (au lieu de 2 cent. sur 3 cent).

L'ulcération inférieure mesure 6 cent. de haut sur 2 cent. 5 de large, au lieu de 7 cent. sur 5.

Injection de 2 cent. cubes de solution d'iodure à 3 °/₀.

21. — Un pont d'épiderme divise presque complètement l'ulcération inférieure en deux parties : l'une supérieure, l'autre inférieure.

Injection de 2 cent. cubes de solution d'iodure.

22. — Même traitement.

23. — Même traitement. La cicatrisation se fait très vite.

24. — La cicatrisation progresse de jour en jour. L'ulcération inférieure n'a plus que 2 cent. 5 de haut sur 1 de large.

26. — L'ulcération supérieure est cicatrisée.

L'inférieure se cicatrise très rapidement. Même traitement.

27. — Même traitement.

28. — L'ulcération inférieure est cicatrisée.

En résumé : 3 gommes ulcérées datant de 2 mois, guéries en 12 jours après 11 injections d'iodure de potassium.

Observation V (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

Mor..., 40 ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le Prof[r] Gaucher), le 15 janvier 1906.

Il a eu, en décembre 1904, un chancre syphilitique (diagnostiqué à Saint-Louis) et, au mois de janvier, de la roséole, des plaques muqueuses de la bouche, du scrotum, de l'anus, puis, quelques mois plus tard, des syphilides palmaires, des syphilides papulo-croûteuses du cuir chevelu. Il a pris, assez régulièrement, des pilules de Dupuytren.

Il entre une première fois dans le service, le 15 juillet 1905, pour une gomme ulcérée de la cuisse gauche. On note à cette époque,

sur la face externe du tiers inférieur de la cuisse droite, une zone rouge infiltrée sur laquelle s'ouvre une fistule ancienne.

Le malade a eu cette cuisse broyée il y a 7 ans et depuis la fistule ne s'est jamais fermée. Elle est entourée d'une petite ulcération policyclique qui semble être de nature spécifique.

Le malade sort, non guéri, le 27 juillet, sur sa demande. Pendant son séjour, on lui a fait 12 injections de benzoate de mercure (de 2 centigr.).

Il entre le 18 janvier, pour la seconde fois, dans la salle St-Louis.

Depuis 15 jours se sont développées des gommes de la cuisse droite.

Au moment de son entrée, on constate sur le tiers inférieur de la face externe de la cuisse droite, une zone rouge violacée, large comme une paume de main. La peau est épaissie, scléreuse, cicatricielle. A la partie supérieure de cette zone existe une ulcération qui s'est développée au point où siégeait la fistule mentionnée ci-dessus. Cette ulcération est ovalaire, haute de 2 centimètres, large de 1 cent. 7, profonde de 2 centimètres. Les bords sont taillés à l'emporte-pièce. Les parois de cette cavité sont recouvertes d'un enduit purulent, jaunâtre, très épais.

Un peu au-dessous et en arrière de cette ulcération, on en trouve une seconde, plus petite, ovalaire, dirigée obliquement en avant et en bas, à bords taillés à pic, recouverts d'une matière purulente jaunâtre épaisse.

Elle est beaucoup moins profonde que la précédente.

Le pus a une odeur putride.

Il existe sur tout le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe une zone de lymphangite diffuse. Sur les mêmes régions, on note une dilatation marquée des veines superficielles, qui remonte à l'époque où le malade a eu son accident, il y a 7 ans.

Le malade souffre, surtout la nuit, depuis 15 jours.

Le *18 janvier 1906*. — On fait une injection de 2 cent. cubes d'une solution aqueuse d'iodure de potassium à 3 °/₀. Cette dernière injection provoque une sensation de brûlure qui persiste pendant une demi-heure.

19. — Injection de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure additionnée de gaïacoloïd.

Injection presque indolore. Le malade ne sent plus rien immédiatement après l'injection.

20. — Même traitement.

21. — Amélioration. La lymphangite a disparu. La jambe est moins douloureuse. La grande ulcération est un peu moins profonde. Même traitement.

22. — Même traitement.

23. — La gomme a diminué d'un centimètre de profondeur depuis le début du traitement.

Injection de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure.

24, 25, 26 et 27. — Même traitement.

La lésion est notablement améliorée ; la gomme est beaucoup moins profonde. Elle n'a plus qu'un centimètre de diamètre.

28. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande, incomplètement guéri.

En résumé : gomme très profonde notablement améliorée en 11 jours, après 10 injections.

Observation VI (Personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Prof[r] Gaucher).

M. Lem..., 21 ans, cuisinier, entre dans le service de M. le Prof[r] Gaucher, le 2 janvier 1906, pour des gommes ulcérées des membres inférieurs.

On note dans ses antécédents : la fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans, et la syphilis en janvier 1904.

Il a eu, il y a 1 an, des syphilides ulcéreuses des jambes qui ont laissé des cicatrices pigmentées, et des syphilides papuleuses plantaires. Il a pris assez régulièrement des pilules de protoïodure de mercure depuis le début de sa syphilis.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate sur le tiers moyen de la face interne de la jambe gauche, une ulcération qui a débuté il y a 1 mois 1/2. Cette ulcération, ovalaire, est large de 2 cent. 1/2,

haute de 3 centim. 1/2. Les bords sont saillants et décollés ; le fond est granuleux, adhérent à l'os, infiltré. La peau de voisinage est rouge, violacée.

Sur le tiers moyen de la face antérieure de la jambe droite, deuxième ulcération ovalaire, longue de 2 centimètres, large de 1, présentant les mêmes caractères que la précédente.

Une troisième ulcération, sur le tiers supérieur de la face interne de la jambe droite, arrondie, d'un diamètre de 2 cent. 1/2, semblable aux deux premières.

Sur la face antérieure de la cuisse droite enfin, au tiers moyen, quatrième ulcération, arrondie, d'un diamètre de 1 cent. 1/2, à bords saillants (surtout à la partie supérieure) à fond atone recouvert d'un enduit purulent, jaunâtre, épais.

Ces trois ulcérations datent comme la première d'un mois et demi.

Le *4 janvier 1906*. — On fait une injection de 2 cent. cubes de la solution d'iodure additionnée de gaïacoloïd au voisinage de la gomme de la jambe gauche. Injection indolore.

5. — La gomme de la jambe gauche, qui était douloureuse, ne l'est plus aujourd'hui.

Injection de 2 cent. cubes au voisinage de la gomme de la cuisse droite. Même traitement pour la gomme de la face interne de la jambe droite.

6. — Injection d'un centimètre cube à la gomme de la jambe gauche et à celle de la face antérieure de la jambe droite.

7. — Même traitement que le 5.

L'ulcération de la face interne de la jambe droite est très modifiée. Les bords sont beaucoup moins saillants, le fond se déterge. Les autres ulcérations sont également améliorées, mais moins que celle-ci.

9. — Injection de 2 cent. cubes à la périphérie de la gomme de la jambe gauche ; 1 cent. cube à la gomme de la face antérieure de la jambe droite.

12. — Pas de traitement le 10 et le 11. Les quatre ulcérations sont très améliorées. Le fond de chacune d'elle est de niveau avec les bords et bourgeonne très bien.

L'ulcération de la jambe gauche mesure 2 cent. 8 de haut sur

1 cent. 8 de large (au lieu de 3 cent. 5 sur 2 cent. 5 à l'entrée du malade dans le service).

L'ulcération de la face antérieure de la jambe droite est longue de 1 cent. 8, large de 7 millim. (au lieu de 2 cent. sur 1).

L'ulcération de la cuisse droite mesure 1 cent. 2 (au lieu de 1 cent. 5).

Injection de 2 cent. cubes de la solution à la périphérie de la gomme de la face interne de la jambe droite.

15. — Injection de 2 cent. cubes d'une solution aqueuse d'iodure à 3 °/₀ à la gomme de la cuisse droite, et à celle de la jambe gauche (Les injections ont été douloureuses pendant une demi-heure). Celle-ci continue à se cicatriser : longueur, 2 cent. 5; largeur, 1 cent. 5. L'épiderme se reforme sur les bords.

La gomme de la face antérieure de la jambe droite est également en bonne voie de cicatrisation (longueur, 1 cent. 5; largeur, 5 millim.).

La gomme de la face interne de la jambe droite ne mesure plus que 1 cent. 7 de diamètre.

L'infiltration de la gomme de la cuisse a beaucoup diminué.

17. — Injection de 2 cent. cubes de la solution aqueuse d'iodure à 3 °/₀, dans le voisinage de la gomme de la face interne de la jambe droite. Sensation de brûlure pendant 1/4 d'heure.

18. — La gomme de la cuisse a un diamètre d'un centimètre. Injection de 2 cent. cubes de la solution aqueuse d'iodure à 3 °/₀ (douloureuse pendant un quart d'heure).

La gomme de la jambe gauche mesure 2 cent. 5 de haut sur 1 cent. de large. Fond rosé, bourgeonnant. Très bon aspect; la cicatrisation continue. Injection de 2 cent. cubes de solution aqueuse (douleur pendant un quart d'heure).

19. — Injection de 2 cent. cubes de solution d'iodure additionnée de gaïacoloïd à chacune des deux gommes de la jambe droite. Injections presque indolores.

La gomme de la face antérieure mesure 1 cent. 3 sur 4 millim.

Celle de la face interne est maintenant irrégulièrement arrondie par suite des progrès de la cicatrisation. La surface ulcérée mesure 1 cent. 3 de haut, sur 7 millim. de large.

20. — La cicatrisation continue. Injection de 2 cent. cubes de la solution d'iodure à la gomme de la cuisse et à celle de la jambe gauche.

21. — Injections de 2 cent. cubes à chacune des gommes de la jambe droite.

22. — Même traitement que le 20 janvier.

23. — Même traitement que le 21 janvier.

24. — La gomme de la face antérieure de la jambe droite est cicatrisée ; celle de la face interne a les dimensions d'un pois. Injection de 2 cent. cubes aux deux autres gommes qui se cicatrisent très vite.

26. — La gomme de la face interne de la jambe droite est cicatrisée. Même traitement que le 24.

27. — La gomme de la cuisse est cicatrisée. Celle de la jambe gauche mesure 5 millim. de diamètre. Injection de 2 cent. cubes.

29. — Même traitement.

31. — La gomme de la jambe gauche est cicatrisée. Le malade est guéri.

En résumé. — Une gomme mesurant 2 cent. 5 de large sur 3 cent. 5 de haut, guérie en 27 jours après 11 injections.

Une autre mesurant 1 cent. sur 2, guérie en 20 jours après 5 injections.

Une troisième de 2 cent. 5 de diamètre, guérie en 22 jours après 7 injections.

Une quatrième enfin de 1 cent. 5 de diamètre, guérie en 23 jours après 8 injections.

Les injections de solution obtenue par simple dissolution d'iodure dans l'eau sans addition de gaïacoloïd provoquent une sensation de brûlure qui persiste pendant une demi-heure, tandis que la solution avec addition de gaïacoloïd est indolore.

Observation VII.

(M. le Prof[r] Bouchard, Mémoire présenté au *Congrès du Caire*, 1902).

Un homme atteint de gomme ulcérée du flanc, avait été soumis à la cure par les deux médicaments (mercure et iodure) isolés, puis associés. On avait en particulier eu recours aux frictions et aux injections sous-cutanées de sels mercuriels faites dans les lieux d'élection, loin de la lésion. Le traitement général se montrant ainsi inefficace, est supprimé et on fait au pourtour de la gomme des injections d'iodure de potassium de 1 cent. cube, puis de 2. Après 7 injections de 3 à 6 centigr. d'iodure de potassium, la gomme était affaissée et cicatrisée.

Observation VIII (Résumée).

(M. le Prof[r] Bouchard, *Congrès du Caire*, 1902).

Gomme guérie sous l'influence de trois injections de 6 centigr. d'iodure de potassium, après insuccès du traitement général et suppression de ce traitement.

Observation IX (Résumée).

(M. le Prof[r] Bouchard, *Congrès du Caire*, 1902).

Femme atteinte de syphilis grave précoce, présentant sur les diverses parties du corps des condylomes profondément ulcérés. Soumise au traitement général par les deux médicaments, administrés par les diverses voies d'introduction. Au bout d'un mois, il y avait intolérance absolue, l'*estomac ne supportait plus l'iodure*, les injections de benzoate puis de cyanure de mercure provoquaient des nodosités du volume d'une noix, Aucune amélioration ne s'était produite. Le traitement général se montrant inefficace, on le supprime et on essaie sur quelques tumeurs, le traitement local par les injections d'une solution contenant 1 centigr. de

biiodure de mercure, 3 gr. d'iodure de potassium pour 100 gr. d'eau. En trois jours, un condylome qui a reçu à sa base deux injections de 2/10e de milligramme de biiodure est guéri. Une autre ulcération cède après six injections aux mêmes doses. Mais les lésions non traitées ne s'améliorent pas, la faiblesse s'accentue, la chute des cheveux reparaît.

Observation X.

(MM. Labadie-Lagrave et Rollin, *Société médicale des hôpitaux*, 23 janvier 1903 et *Bulletin médical*, n° 7, 1903, p. 69).

Gomme hérédo-syphilitique guérie très rapidement par les injections locales d'iodure de potassium

Jeanne B..., 25 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital de la Charité, salle Briquet, lit n° 16, le 12 décembre 1902, pour une tumeur siégeant au tiers inférieur de la région postéro-externe de la jambe gauche. Elle se plaint également d'une rougeur de l'œil droit à laquelle elle attache beaucoup moins d'importance.

Nous relevons dans ses antécédents héréditaires un certain nombre de faits d'une haute importance. Son père est mort à l'âge de 48 ans, à la suite d'une attaque apoplectique. D'après les renseignements recueillis auprès d'un membre de la famille, il aurait été soigné à Bordeaux pour des accidents syphilitiques.

La mère de Jeanne B... est morte à 34 ans, à la suite d'une infection puerpérale, consécutive à un accouchement gémellaire. Les deux jumeaux sont morts à 15 et à 18 mois. Cette grossesse gémellaire était la dernière dans la série de six grossesses dont l'évolution fut la suivante : la première fut suivie d'une fausse-couche au quatrième mois. Il en fut de même de la deuxième. La troisième et la quatrième grossesses ont été menées à terme ; les enfants sont morts quelques jours après la naissance. Notre malade occupe la cinquième place.

Venue à terme, frêle et délicate, elle fut opérée, un an après sa naissance, pour un pied bot congénital, et n'est arrivée à marcher

convenablement qu'à l'âge de 4 ans, après avoir porté jusqu'alors un appareil orthopédique.

A 8 ans, elle eut une broncho-pneumonie, qui fut le prélude d'une série de bronchites se répétant tous les hivers. Réglée à 12 ans, Jeanne B .. n'a jamais éprouvé aucun trouble dans sa menstruation.

Au mois d'avril 1902, elle ressentit, pour la première fois, de vives douleurs dans la jambe gauche, à siège osseux, sur toute la face antéro-interne du tibia. Ces douleurs présentaient des paroxysmes nocturnes très marqués, et s'exagéraient à l'occasion des mouvements.

En septembre suivant, l'œil droit devint malade. Jeanne B... remarqua un certain trouble sur la cornée, et la vision diminuait un peu ; l'œil était rouge, non douloureux. Mais elle éprouvait une grande fatigue visuelle, l'empêchant de lire et de travailler à la lumière.

Au mois de novembre apparut, sur le membre droit dont elle souffrait depuis 7 mois, une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, et siégeant à la région inférieure et postéro-externe de la jambe gauche, dans la zone musculo-tendineuse des masses musculaires du mollet.

Cette tuméfaction s'accrut rapidement, et le 12 décembre 1902, elle avait atteint le volume d'un gros œuf de poule.

Un examen général de Jeanne B .. nous montre qu'elle est de petite taille. Il existe même un certain degré de contraste entre les dimensions de la tête et celles du reste du corps. Elle n'est pas amaigrie, mais la face présente plutôt un état de bouffissure pâle que d'embonpoint. Le crâne est un peu asymétrique ; en particulier, la bosse frontale droite est plus proéminente que la gauche.

Pas de difformité nasale ; aucune malformation dentaire, ni érosions, ni microdontisme. Pas d'exostose médio-palatine. Aucune difformité osseuse ; l'examen attentif des tibias ne montre ni tuméfaction, ni inégalités de surface, ni incurvation pseudo-rachitique. Le thorax et la colonne vertébrale sont intacts.

La peau et les muqueuses ne présentent aucun stigmate cicatriciel. Rien à noter du côté des viscères.

L'œil droit est le siège d'une kératite typique, arrivée à une période avancée de son évolution. L'examen oculaire, fait par le Dr A. Péchin, a donné les résultats suivants :

Le *12 décembre*. — Œil droit : cercle vasculaire péri-kératique très accentué. Cornée trouble, parsemée de petites taches gris-blanchâtres. Douleurs péri-orbitaires légères. Œil peu éclairable. La malade compte les doigts à deux mètres.

La pupille est légèrement rétrécie, mais conservée dans sa forme générale ; elle se contracte normalement.

La *tumeur* de la jambe gauche, outre son siège déjà indiqué, présente le volume d'un œuf de poule et fait saillie sous la peau, qui a pris, à ce niveau, une teinte rouge violacée, avec un centre jaunâtre, où le doigt sent déjà un certain degré de ramollissement.

Cette tumeur, solide, régulière et ferme, sauf en son centre, est le siège d'un début de processus sub-inflammatoire, comme l'indiquent la rougeur des téguments et une zone d'empâtement diffus périphérique, qui se perd dans les tissus voisins.

Elle est peu douloureuse spontanément et à la pression ; par contre, la malade souffre lorsqu'elle marche ou reste longtemps debout. Il y a des exacerbations nocturnes et quotidiennes de la douleur.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic de tumeur gommeuse s'imposait, du fait de l'aspect de la lésion, de son siège, de la coloration de la peau, du début de ramollissement de son centre. Quant à la nature syphilitique, elle ne pouvait être mise en doute. Les antécédents héréditaires de la malade, la polymortalité infantile constatée dans sa famille, la coexistence d'une kératite nettement spécifique jugeait la question ; et, de plus, la non-existence certaine d'une syphilis acquise chez Jeanne B..., permettait d'affirmer la nature hérédo-syphilitique de cette gomme volumineuse et de la kératite.

Le traitement institué devint le critérium du diagnostic. Dès le lendemain de son entrée, la malade fut soumise à des injections locales, autour de la gomme, d'une solution de KI à 3 %, sans y adjoindre aucun traitement général. Chaque jour, nous avons injecté en tissu sain, 2 centimètres cubes de cette solution.

Dès le troisième jour, nous avons vu la tumeur devenir moins saillante, la peau perdre sa couleur violacée pour devenir jaune pâle, et disparaître la tendance au ramollissement de la partie centrale.

Dès la septième injection d'iodure de potassium, la tumeur avait *complètement disparu*, la peau avait repris sa coloration normale ; il n'existait plus de phénomènes douloureux.

Ces injections faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, à faible distance des régions malades sont douloureuses au moment où le liquide injecté pénètre dans les tissus Cette douleur, sensation de brûlure, qui est due à la causticité de la solution iodurée, persiste pendant 20 à 25 minutes après l'injection.

Elle peut être atténuée, croyons-nous, en chauffant légèrement le liquide au bain-marie avant de l'injecter, ou en y ajoutant un peu de chlorhydrate de codéine.

La malade est soumise actuellement au traitement général par des injections intra-musculaires de cyanure de mercure. Elles n'ont pas amené, jusqu'à ce jour, une notable amélioration des lésions oculaires.

L'examen de l'œil, pratiqué le 19 janvier 1903, a montré un cercle péri-kératique peu accentué. La cornée présente un reflet bleuâtre léger sur toute sa surface, sur laquelle se détachent de petits points gris-blanchâtres. L'opalescence est plus accentuée vers le limbe, le centre de la cornée restant relativement indemne.

Avec + 15 dioptries, on distingue 6 à 7 points noirâtres sur sa face postérieure.

L'iris se dilate bien après atropinisation.

Pas de lésions du fond de l'œil, dont l'image n'est pas très nette, vue à travers une cornée trouble.

L'œil gauche est normal. La recherche des stigmates ophtalmoscopiques de l'hérédo-syphilis reste négative des deux côtés.

Vision : O. D. V. = 1/3 ; O. G. V. = 1 (légère hypermétropie).

Observation XI

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Rollin, que nous tenons à remercier ici).

M. Bay..., 33 ans, entre le 1er avril 1903 à l'hôpital de la Pitié pour gommes des membres inférieurs de l'épaule et du flanc droit.

Le malade a eu, il y a 3 ans, un chancre syphilitique du sillon balano-préputial ; puis, six semaines après, de la roséole et des plaques muqueuses de la bouche. Il prit des pilules et fit quelques frictions mercurielles jusqu'en juillet 1902.

Il entre à cette époque à la Pitié, pour se faire opérer d'une hernie inguinale.

On lui fait pendant son séjour à l'hôpital, des injections quotidiennes d'huile biiodurée à 4 milligrammes.

Après sa sortie de l'hôpital, il ne suit plus que très irrégulièrement le traitement spécifique.

Il revient de nouveau à l'hôpital, le 1er avril 1903, pour des gommes qui ont débuté au mois de février.

Le malade présente à ce moment sur la face externe de la jambe droite, une ulcération un peu plus grande qu'une pièce de deux francs, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre.

Il existe en outre des gommes plus petites que la précédente dans les régions suivantes :

Une sur la face interne de la jambe droite ;

Une sur la face interne de la jambe gauche ;

Une autre sur la face interne de la cuisse gauche ;

Une autre sur l'épaule droite ;

Une dernière enfin sur le flanc droit.

On prescrit des injections quotidiennes d'huile biiodurée à 0,004 milligrammes par centimètre cube.

Les gommes de l'épaule, du flanc et de la cuisse se cicatrisent en 10 jours. Mais les gommes des jambes persistent, et au bout de vingt injections, la cicatrisation n'a pas avancé.

Le *17 mai*. — On injecte 2 cent. cubes de solution d'iodure de potassium à la périphérie de la gomme de la face externe de la

jambe droite et 2 cent. cubes à la périphérie de la gomme de la face interne de la jambe gauche.

Le malade ressent une brûlure au moment de l'injection et pendant les 10 minutes qui suivent. La douleur est du reste très supportable

18 et *19*. — Nouvelles injections.

20. — Injection de 4 cent. cubes pour la gomme de la face externe de la jambe droite.

Injection de 2 cent. cubes pour l'autre.

Les surfaces ulcérées ont déjà sensiblement diminué.

23. — 2 cent. cubes pour chacune des gommes.

Diminution sensible des ulcérations.

Sur la face externe de la cuisse droite se sont formées 2 gommes grandes comme une pièce d'un franc.

24. — Même traitement.

25. — Même traitement. Les gommes traitées ont diminué des 3/4 (après 6 injections).

30. — La gomme de la jambe est presque complètement cicatrisée ; il ne reste plus qu'une petite érosion de 2 millimètres de diamètre. On cesse les injections.

La gomme de la jambe droite est cicatrisée au centre ; à la partie supérieure et à la partie inférieure persiste une petite surface ulcérée de 3 millimètres de diamètre. On fait une injection de 2 centimètres cubes.

Les gommes de la cuisse, dont nous avons parlé plus haut, siègent :

L'une sur la face antéro-externe à 10 centimètres du grand trochanter ; ulcération en cratère, à bords taillés à pic, large de 3 cent. 5, haute de 0,5 millimètres ;

L'autre sur la face postérieure, à 7 centimètres du pli fessier, est grande comme une pièce de 2 fr. Elle présente au centre une ulcération à fond bourgeonnant. On fait, à la première, une injection de 4 cent. cubes de solution d'iodure de potassium, une injection de 2 cent. cubes à la seconde.

1er juin. — Injection de 2 cent. cubes pour la gomme de la jambe droite.

Injection de 2 cent. cubes pour chacune des gommes de la cuisse.

La gomme de la jambe gauche est complètement guérie.

4. — Même traitement.

7. — La gomme de la jambe droite ne présente plus qu'une ulcération d'un millimètre de diamètre. Injection de 2 cent. cubes.

L'ulcération de la face antéro-externe de la cuisse n'a plus que 2 millimètres de diamètre. Injection de 2 cent. cubes.

La gomme de la face postérieure est complètement fermée.

13. — Les ulcérations de la cuisse sont complètement cicatrisées. Le malade sort de l'hôpital.

Il revient le 20 août, pour gommes ramollies des 2 ganglions épitrochléens.

22. — Injection de 4 cent. cubes d'iodure de potassium à 3°/₀.

24. — Injection de 2 cent. cubes autour de la gomme épitrochléenne du bras droit. On constate déjà une diminution appréciable de l'empâtement.

Injection de 2 cent. cubes autour du ganglion épitrochléen gauche, gros comme une petite noix.

25. — Même traitement. Amélioration sensible.

27. — Même traitement. Diminution considérable de l'infiltration.

31. — Sort guéri.

En résumé : Gommes multiples, ayant résisté au traitement par l'huile biiodurée, guéries rapidement par les injections d'iodure.

Observation XII

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Rollin).

Mme Hau.. ., 33 ans, ménagère, entre à la Pitié, salle Gerdy, pour une ulcération du genou gauche. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Deux sœurs. L'une d'elles a fait une fausse couche. Un frère mort de variole.

La lésion actuelle a débuté il y a 3 mois, par une tuméfaction dure, rouge, presque indolore, ne gênant pas la marche. La malade

appliqua au début des cataplasmes. Puis on lui prescrivit à l'Hôtel-Dieu des emplâtres de Vigo. La gomme s'ulcéra il y a 2 mois et, par l'orifice, sortit un pus jaunâtre, très épais. On la traita ensuite par des pansements humides, par des attouchements à la teinture d'iode et des emplâtres de Vigo. L'ulcération continua à s'agrandir.

Actuellement (25 novembre 1903) : Sur la face externe du genou gauche, existe une ulcération ovalaire, longue de 6 centimètres, large de 5. Les bords sont taillés à pic, non décollés, rouges violacés. Le fond est anfractueux, jaunâtre, constitué par les muscles mis à nus ; peu de bourgeonnement.

Une deuxième ulcération, au-dessous de la précédente, beaucoup plus petite et en partie cicatrisée.

On trouve à la face antéro-externe de la cuisse une tuméfaction, grosse comme une orange, profonde, siégeant dans les muscles, et obliquement dirigée en haut et en dehors. Elle est dure sauf à son sommet qui est fluctuant ; elle n'est pas douloureuse.

Rien au cœur ni aux poumons.

Ganglions de l'aîne et de la nuque normaux.

28 novembre 1903. — 2 injections de 2 cent. cubes chacune, à la périphérie de l'ulcération, d'une solution d'iodure de potassium à 3 %.

1er décembre. — Deux injections de 2 cent. cubes de la solution précédente, en deux points différents.

3. — Même traitement. Les lésions ont diminué ; le fond présente des bourgeons charnus de bon aspect.

4. — Même traitement. Même état.

6. — Même traitement.

L'ulcération n'a plus que 4 centimètres de long sur 3 de large. Le fond est rouge, bourgeonnant, en voie de cicatrisation.

8. — Même traitement.

La cicatrisation progresse rapidement.

10. — Même traitement.

12. — La cicatrisation est presque complète.

En résumé : Gomme ulcérée datant de 3 mois, longue de 6 centimètres, large de 5, guérie après 15 jours de

traitement, par *six* injections de 4 cent. cubes de solution d'iodure de potassium à 3 °/₀.

Observation XIII

(Due à l'obligeance de notre collègue et ami Rollin).

Mme Sen..., 33 ans, ouvrière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, le 25 juillet 1903.

Père mort d'une fluxion de poitrine ; mère morte, internée à la Salpêtrière.

Un frère bien portant.

Mariée 2 fois. Son premier mari est mort accidentellement. Une fille du premier lit âgée de 14 ans, bien portante. Son second mari est mort d'une pleurésie tuberculeuse. Elle a eu de celui-ci un enfant mort-né. On ne retrouve aucun autre antécédent de syphilis.

Dans la deuxième quinzaine de mai est apparue un peu en dedans de la pointe de la rotule une petite tuméfaction superficielle chaude, rouge, douloureuse. Elle devient bientôt fluctuante. Un médecin consulté fit le diagnostic d'abcès chaud et l'incisa trois fois en 8 jours.

Trois jours après la première incision se forma une ulcération qui a été en grandissant depuis. C'est pour cette ulcération que la malade vient consulter.

Actuellement (26 juillet 1903) il existe sur le bord interne de la pointe de la rotule une ulcération arrondie plus grande qu'une pièce de 2 fr., avec un prolongement d'un centimètre sur le bord interne. Cette ulcération, douloureuse au début, l'est très peu maintenant. Les bords sont taillés à pic, non décollés ; ils forment un bourrelet rouge régulier. Le centre est rouge framboisé ; on remarque quelques points lardacés à la périphérie de l'ulcération. Autour d'elle se trouve une zone rouge violacée, large de deux travers de doigt.

Pas de liquide dans l'articulation.

Pas d'adénite inguinale.

Le *25 juillet 1903* on fait le diagnostic de gomme syphilitique et on institue le traitement par injections locales d'iodure de potassium.

Injection de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure de potassium à 3 °/₀.

26. — Aucun changement notable. Seconde injection de 2 c.c.

28. — La plaie a diminué de diamètre. La zone violacée est plus petite.

L'aspect de la plaie a changé d'une façon appréciable. Elle est moins profonde ; le fond est couvert de bourgeons charnus. Sa couleur est devenue d'un rouge plus vif.

Troisième injection de 2 cent. cubes.

29. — Deux injections de 2 cent. cubes d'iodure à 3 °/.

La cicatrisation continue de la périphérie vers le centre. La plaie est moins profonde.

30. — Sixième injection.

31. — Septième injection.

1er août. — Huitième injection.

La plaie a diminué de moitié. La zone violacée périphérique a disparu.

2, 3, 4, 5 et *6.* — 9e, 10e, 11e, 12e et 13e injections de 2 c. cubes.

7. — 14e injection.

La plaie est grande comme une pièce de 50 centimes.

8 et *9.* — 15e et 16e injections.

La cicatrisation continue.

14. — Pas d'injection depuis le 9 août ; la plaie est complètement cicatrisée.

En résumé : Gomme du genou, plus grande qu'une pièce de 2 fr., datant de plus de 2 mois, cicatrisée complètement au 21e jour du traitement, par 16 injections de 6 centigrammes d'iodure de potassium.

Observation XIV.

(H. Duclaux, interne des hôpitaux, *Arch. gén. de méd.*, 1903, n° 22).

Large ulcération syphilitique de la jambe droite avec ostéo-périostite du tibia traitée et guérie par les injections locales d'iodure de potassium.

Il s'agit d'une fillette, Georgette Ch .., âgée de 12 ans. Son père, actuellement âgé de 38 ans, a fait, au mois d'avril 1902, une hémiplégie droite, pour laquelle il a été soigné à la Salpêtrière par le traitement mercuriel et ioduré ; il nie d'ailleurs toute maladie vénérienne.

La mère est morte de tuberculose pulmonaire ; elle avait eu deux fausses couches et cinq enfants qui sont tous morts en naissant ou quelques jours après.

La petite fille qui nous occupe n'a jamais été malade et ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Elle entre pour la première fois à l'hôpital Trousseau au mois de novembre 1900. Elle présentait alors un gonflement volumineux de la jambe droite avec hyperostose considérable de tout le corps du tibia ; elle rapportait ces phénomènes à un coup reçu un an auparavant à la jambe ; outre ces signes locaux, elle avait des douleurs très vives dans toute la hauteur de la jambe, douleurs irradiant vers le genou, vers le cou-de-pied.

A ce moment, se basant sur les antécédents, sur la marche lente de l'affection, M. Kirmisson porta le diagnostic d'ostéo-périostite syphilitique du tibia droit Mise au sirop de Gibert, elle fut traitée localement par l'application de bandelettes d'emplâtre de Vigo, et, après trois mois de séjour à l'hôpital, elle le quitte en janvier 1901, les douleurs et le gonflement ayant sensiblement rétrocédés.

L'enfant reste ainsi pendant plus d'un an, jusqu'au mois de mars 1902, ne marchant guère, par suite de la fatigue qu'elle éprouve rapidement dès qu'elle est debout, ayant des douleurs fréquentes ; le gonflement était toujours assez considérable.

Au mois de mars 1902, la peau est devenue rosée en un point, à

la partie moyenne de la jambe droite, un peu en dehors de la crête tibiale ; elle s'est rapidement ulcérée et, par un petit orifice taillé comme à l'emporte-pièce, s'est écoulé une assez grande quantité de pus.

Depuis lors, la suppuration est assez abondante ; aussi, le 8 septembre 1902, l'enfant est ramenée à la consultation de l'hôpital Trousseau où l'on fait un grand débridement de la région.

Des pansements humides sont faits tous les deux jours, mais la plaie ne se ferme pas, bien au contraire, elle s'élargit, prenant tous les caractères d'un ulcère à marche envahissante.

Elle est alors admise à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Kirmisson, le 22 octobre 1902.

L'ulcère situé à cheval sur la crête tibiale, s'étendant plus pourtant sur son versant externe, large comme le creux de la main environ, est bourgeonnant, d'aspect fongueux, rouge violacé, à bords rugueux, taillés à pic ; au fond de l'ulcère on aperçoit une portion de la crête tibiale, noirâtre, friable, nécrosée. Il y a toujours des douleurs de jambes assez violentes ; le tibia est toujours augmenté de volume, ayant à sa partie moyenne une forme renflée en fuseau.

L'ulcère est traité par des applications d'emplâtre de Vigo ; il se fait une légère amélioration, la suppuration diminue et la cicatrisation semble commencer au niveau des bords de l'ulcère. Cependant l'enfant quitte l'hôpital le 7 décembre. Rentrée chez elle, elle continue à marcher et à venir se faire panser chaque semaine. Cependant, l'amélioration ne continue pas, bien au contraire, car il se forme au-dessus et en dedans de l'ulcère, deux autres foyers suppurés ; aussi est-elle admise de nouveau à l'hôpital Trousseau le 15 janvier 1903. Pendant une dizaine de jours, après incision des deux abcès et par suite de traînées lymphangitiques apparues dans la partie supérieure de la jambe, on se contente d'appliquer des pansements humides.

Le *27 janvier 1903*, on fait une première injection de 2 cent. cubes d'une solution d'iodure de potassium à 3 °/₀, à la partie inférieure de l'ulcère et l'on continue ainsi tous les deux jours en faisant les injections tout autour de la plaie.

Le résultat ne se fait pas attendre : dès la troisième injection la petite plaie de la face interne du tibia résultant de l'incision d'un des abcès secondaires, était cicatrisée. Le large ulcère se modifiait rapidement, la cicatrisation se faisait sur les bords, le fond se comblait peu à peu, et le 3 mars 1903, la cicatrisation était terminée ; le 19 mars la malade quittait l'hôpital.

Nous avons fait en tout 18 injections d'iodure de potassium ; ces injections, comme le disent MM. Labadie-Lagrave et Rollin, sont douloureuses ; mais ces douleurs sont très fugaces, ne persistant pas plus de 5 ou 10 minutes après la piqûre. Dès les premières injections les douleurs de jambe disparaissaient et le tibia diminuait progressivement de volume. Depuis un mois, nous revoyons la petite malade ; elle marche maintenant sans fatigue et sans douleur, la cicatrisation persiste et le tibia est presque revenu à son volume normal.

CONCLUSIONS

La thérapeutique locale, lorsqu'elle est non seulement symptomatique mais encore curative, peut rendre de très grands services. Elle est surtout indiquée dans les affections locales ou dans les manifestations locales des maladies générales. Le but de la méthode est de déposer le médicament dans le point où il est utile et d'épargner le reste de l'économie.

Elle trouve son indication dans la syphilis, principalement dans les accidents tertiaires de cette affection.

L'iodure de potassium n'est évidemment qu'un adjuvant du mercure qui restera longtemps encore sans doute le médicament spécifique de la syphilis. Mais l'action de l'iodure, surtout dans le traitement des gommes, est d'une efficacité incontestée.

Les injections locales d'iodure peuvent donc être utilisées avantageusement, quand il s'agit d'accidents peu nombreux comme le sont les accidents tertiaires. Elles présentent les avantages suivants :

La dose de médicament actif injectée est minime et utilisée par les tissus malades et par eux seuls.

Elles suffisent à elles seules à guérir les accidents.

Elles agissent rapidement.

Elles ne donnent jamais d'accidents d'intoxication iodique même chez les malades qui présentent de l'intolérance à ce médicament absorbé par la bouche.

On peut les employer soit en les associant au traitement général mercuriel, soit isolément.

Employées concurremment avec le traitement mercuriel, elles hâtent certainement la guérison.

Elles doivent être utilisées de préférence à l'administration de l'iodure par la voie buccale, quand le traitement mercuriel est contre-indiqué (en particulier par une élimination rénale défectueuse), en raison de la rapidité de leur action, en raison aussi de la dose minime de médicament introduite dans l'organisme, ce qui n'est pas à dédaigner lorsque les éliminations se font mal.

Elles constituent le seul mode de traitement dans les cas de contre-indication à la médication mercurielle et en même temps d'intolérance à l'iodure de potassium.

Elles peuvent guérir des lésions qui ont résisté au traitement mercuriel.

Elles peuvent être employées comme moyen de diagnostic, comme traitement pierre de touche.

Nous croyons, pour toutes ces raisons, que les injections d'iodure de potassium doivent prendre une place importante dans le traitement des accidents tertiaires de la syphilis, soit comme adjuvant du traitement mercuriel, soit comme moyen curateur isolé.

Le Président de la Thèse,
GAUCHER.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Besnier. Un cas d'éruption bulleuse due à l'iodure de potassium ; un cas d'éruption anthracoïde due au même agent. *Annales de dermatologie,* 1882, p. 168.

— Sur les injections locales d'iodure de potassium. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.,* 12 février 1903, p. 145.

Bouchard. Les tendances nouvelles de la thérapeutique. Mémoire présenté au *Congrès du Caire,* 1902.

— Traitement local des localisations du rhumatisme. *Académie des sciences,* 7 et 15 juillet 1902.

Diday. *Pratique des maladies vénériennes,* 1881.

Duclaux. *Archives générales de médecine,* 2 juin 1903, p. 1360.

Fournier. *Traitement de la syphilis.*

Gilles de la Tourette. Des injections sous-cutanées d'iodure de potassium. *Progrès médical,* 1883, n° 1, p. 5.

Hallopeau. *Considérations sur le traitement local des maladies infectieuses et plus particulièrement de la syphilis.*

Kelly. Local treatment of specific cutaneous ulcers. *British medical Journal,* 18 juin 1904, p. 1427.

Labadie-Lagrave et **Rollin.** Traitement des gommes syphilitiques par les injections locales d'iodure de potassium. *Bull. de la Soc. médic. des hôpit.,* 29 janvier 1903, n° 3, p. 113, et *Bulletin médical,* 1903, n° 7, p. 69.

Lang. Injections hypodermiques d'iodure de potassium. *Archiv fur Dermatologie und Syphilis,* 1870, p. 123.

Lipschütz. Ueber perkutane Einvereibung von Iodpräparaten bei Syphilis. *Weiner medicinisch Wochenschrift,* 1904, n° 28.

Masenti. Le iniezioni iodo-iodurati in alcune affezioni cutane. *Policlinico*, 25 avril 1903.

Radcliffe Crocker. *Diseases of the Skin*. London, 1893.

Szadeck. Bemerkungen ueber subcutane und intramusculäre Injectionen beï Syphilis. *Saint-Petersburger med. Woch.*, 1886, n° 29, et *Viertelj. für Derm.*, XIV, Heft 1, Hälfte 2, 1887.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION 7

CHAPITRE Ier. — **Historique** 9

CHAPITRE II. — **Indications de la médication locale** 16

CHAPITRE III. — **Indications et contre-indications du traitement local par les injections d'iodure** 19

CHAPITRE IV. — **Technique** 26

CONCLUSIONS 57

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 59

Saint-Brieuc. — Imprimerie Francisque Guyon (651-3-6).